

REFERATE GENERALE

REABILITAREA PSIHOSOCIALĂ A PACIENTELOR CU CANCER AL GLANDEI MAMARE (REVISTA LITERATURII)

THE PSYCHOSOCIAL REABILITATION OF THE PATIENTS WITH BREAST CANCER (A REVIEW)

Corneliu Ureche

IMSP Institutul Oncologic din Republica Moldova

Rezumat

Pierderea sînului nu este doar un handicap fizic, dar, de asemenea, și unul psihosocial și, în cele mai multe cazuri, pentru o femeie este o traumă psihică severă, care are un impact decisiv asupra comportamentului său în familie și în societate. Reconstrucția mamară (RM) după mastectomie este una dintre cele mai importante și eficiente măsuri de reabilitare într-o situație în care mastectomia este singurul tratament posibil. Pierderea glandei mamare, la 50% dintre femei a dus la deteriorarea relațiilor cu soțul, iar la 35,4% au survenit conflicte interpersonale. În 90% dintre pacientele observate, acestea au suportat un sentiment de inferioritate, 75% - frică de moarte, depresie, disperare. Disparația de dorinței sexuale a fost depistată la 30% dintre pacientele din grupa de control.

Summary

The breast loss is not only a physical problem, but also a psychosocial one. It is a psychological trauma, on which depends woman's behaviour. Because of this, breast reconstruction is the main procedure, that helps patients after mastectomy. The breast loss leads to disturbances in relationships with their husbands in 50% of cases, in 75% - appears a fear of death and depression, in 30% - loss of sexual desire.

Introducere

Din cele mai vechi timpuri, sîinii au devenit simbolul feminității [1]. Adesea, femeile cu sîinii mici au un complex de inferioritate față de „surorile” sale „mai bine înzestrate”. În ultimii ani, datorită implementării multor metode noi de reconstrucție mamară (RM), intervențiile chirurgicale de modificare a glandelor mamare au devenit cele mai frecvente intervenții estetice. De multe ori, pentru hotărîrea unei femei asupra unei reconstrucții mamare un rol important îl poate avea influența culturală și biologică personală, studiile demonstrînd că reprezentarea simbolică personală a glandei mamare este frecvent un stimul important pentru o femeie ce necesită o operație [2, 3]. Forma și volumul glandelor mamare este extrem de important în formarea siluetei corpului și concepției personale. La fiecare a noua femeie se poate dezvolta un cancer al glandei mamare (CGM), pentru care frecvent o intervenție chirurgicală va fi modul principal de tratament. Putem afirma cu siguranță că orice femeie supusă unei mastectomii va suferi un șoc psihologic și emoțional, acesta avînd adesea un grad marcat, efectele căruia pot persista ani în șir. O parte vastă și importantă a Chirurgiei Plastice include reconstrucția mamară după ablația tumorilor masive prin înlăturarea glandei mamare (mastectomie). Reconstrucția mamară postmastectomică este o opțiune aproape pentru fiecare femeie și reprezintă, în ansamblu, o parte integră a planului general de tratament. Unele femei pot considera reconstrucția mamară inutilă din diverse motive proprii sau datorită posibilității folosirii „protezelor externe”, care pot masca forma schimonosită a corpului după operație. Totuși, este important de știut că „proteza externă” nu-și modifică configurația în raport cu mișcările corpului. Astfel, ea se deplasează în timpul diferitor activități energice, împiedică

respirația pielii și provoacă iritații. O altă problemă evidentă este imposibilitatea purtării hainelor cu decolteu. Din aceste motive și din preferințele personale asupra imaginii corpului, tot mai multe femei după mastectomie solicită reconstrucția mamară.

În ultimii ani s-au obținut succese importante în terapia complexă a CGM. Tot mai frecvent apare întrebarea despre creșterea calității vieții pacientelor, care scade brusc după efectuarea tratamentului chirurgical radical. Paradoxul constă în faptul că CGM nu are rolul de bază în invalidizarea pacientelor, dar anume mastectomia radicală duce la apariția unei inadaptări psihologice stabile, care după proporții și caracter întrec și se diferențiază mult de handicapurile ce le produc alte morbidități oncologice. Șocul intervenției chirurgicale, teama oncologică, posibilitatea destrămării familiei, problema pierderii serviciului și angajarea ulterior în muncă, ruperea legăturilor sociale, sunt acele situații pe care femeia este nevoită să le înfrunte după tratamentul radical al CGM [4, 5, 6, 7]. În lucrările de specialitate ale cercetătorilor Heneghan H.M. [8] și coautorii din anul 2011, s-a observat, că în timpul studierii detaliate a celor mai constructive mecanisme psihologice de apărare la femei după tratamentul radical al CGM se depistează, că dereglările psihice sub formă de complicații reactive de doliu și pierdere se întîlnesc în 96,1%. Identificarea dereglărilor psihice sunt ca bază pentru formarea în dependență de nivelul de educare și cultură, statutul social și familial a diferitor mecanisme psihologice de apărare. După părerea autorilor unicul mod constructiv din perspectiva sănătății psihice și a adaptării sociale este apărarea psihologică după tipul „aspirarea către restituire”, componentul principal al căreia este intervenția chirurgicală de RM pentru restabilirea glandei mamare [9].

După părerea multor autori RM nu împiedică tratamentul

oncologic, nu afectează supraviețuirea generală și supraviețuirea generală fără recidive. Este important faptul că RM majorează semnificativ calitatea vieții pacienților [10, 11, 12]. Intervenția chirurgicală pentru RM la pacientele cu CGM, în prezent reprezintă o terapie etiotropă a dereglărilor psihice cauzate de pierderea feminității și a integrității corporale și a propriei imagini.

Aproximativ 50% dintre paciente după mastectomie doresc să-și restabilească glanda mamară. De asemenea, în ultimii ani a crescut necesitatea în reconstrucția unimomentană a organului, fiindcă aceasta permite de a evita colapsul psihologic și depresia ce este cauzată de pierderea feminității [13, 14, 15].

Diagnosticul de CGM semnifică pentru femei 3 pierderi importante: sănătatea, feminitatea, integritatea corpului. În concluzie la cele spuse, intervențiile chirurgicale pentru RM după tratamentul radical al CGM capătă o importanță tot mai mare, fiind unicul factor decizional al procesului de adaptare psihologică și socială a pacientelor cu mastectomie pentru CGM [16, 17, 18].

Stresul psihologic este marcat în special la femei cu maladii ale sînului, deoarece, în afară de sănătate, o mare importanță are și aspectul vizual al femeii și atractivitatea sexuală. Mastectomia – este o operație ce infirmă corpul și sufletul femeiei. Marea majoritate din toate femeile care sunt diagnosticate cu cancer mamar necesita tratament chirurgical. Dintre acestea, 10% sunt femei tinere pentru care îndepărtarea sînului este o traumă psihologică și emoțională foarte gravă (Gopie J., 2013). Nici un organ nu este atît de important pentru formarea conceptului de sine al femeii, cum ar fi sînul. Pierderea sînului nu este doar un handicap fizic, dar, de asemenea, psihosocial și, în cele mai multe cazuri, este pentru o femeie o traumă psihică severă, care are un impact decisiv asupra comportamentului său în casă și în societate. După mastectomie radicală, 94% din femeile operate au tulburări de somn, frică de viitor, un sentiment de inferioritate, inadecvare, vine deteriorarea relațiilor în familie, iar în 22,4% devine degradarea familiei (Clark L., 2011) [19].

Psihoterapia și protezele externe, după o mastectomie, nu elimină numeroasele probleme. În acest sens, reconstrucția mamară după mastectomie este una dintre cele mai importante și eficiente măsuri de reabilitare într-o situație în care mastectomia este singurul tratament posibil (Metcalfe K.A., 2012) [20].

Pierderea glandei mamare, la 50% dintre femei a dus la deteriorarea relațiilor cu soțul, iar la 35,4% au survenit conflicte interpersonale. În 90% dintre pacientele observate, acestea au suportat un sentiment de inferioritate, 75% - frică de moarte, depresie, disperare. Disparația de dorință sexuală a fost depistată în 30% dintre pacientele din grupa de control.

Cancerul de sîn are un impact atît psihologic asupra pacientelor, cît și organic, care se poate manifesta ca depresie după mastectomie, anxietate crescută, rușine, idei ocazionale de suicid [21]. În prezent, tratamentele de conservare a glandei mamare, cum ar fi lumpectomia urmată de radioterapie [22], sau RM după mastectomie [23], sunt alternative viabile pentru o mastectomie unică, în special în stadii incipiente de boală. Rolul femeilor în societate și opiniile cu privire la sexualitate s-au schimbat dramatic în anii '60 - '70 ai secolului 20. RM a fost considerată inefficientă [24] și efectuată într-un subgrup de pacienți cu CGM [25]. Din fericire, acest punct de vedere s-a schimbat în ultimii ani, ducînd la o creștere tot mai mare de paciente care aleg chirurgia conservativă a sînului sau RM. Această tendință a dus la eforturile de a evalua eficacitatea

acestor modalități de tratament, luînd în considerare nu doar ratele de mortalitate și tehnicile reconstructive, dar și gradul de satisfacție al pacienților și calitatea vieții (CV) acestora. Donabedian a susținut în urmă cu mai mult de 30 de ani, că evaluarea finală a calității de îngrijire constă în eficacitatea sa de a obține sau produce sănătate și satisfacție [16]. În ziua de azi, pe piața de asistență medicală, din ce în ce mai competitiv crește problema de apreciere a calității îngrijirii oferite pacienților, precum și calitatea vieții care derivă din ea, aceasta devenind un subiect de mare interes și controverse între furnizorii de servicii medicale, precum și între pacienți. În această lucrare, vom încerca să evidențiem percepția pacientelor cu CGM în ceea ce privește schimbările în calitatea vieții lor, după ce au fost diagnosticate cu CGM, precum și în urma tratamentului lor medical, inclusiv chirurgical, chimio - radioterapeutic, sau ambele. Conceptul de imagine a corpului, care este strîns legată de calitatea vieții, vor fi de asemenea discutate.

Calitatea vieții este un termen care este folosit pe scară largă de către sociologi, filosofi, economiști, politicieni și furnizori de asistență medicală. Termenul provine de la Aristotel, care datează din 330 î.e.n., în care el recunoaște relația dintre calitatea vieții, fericire și valorile subiective ale individului (Aristotel, 335-323 î.e.n.). Există o definiție largă și multidimensională pentru calitatea vieții, care se bazează foarte mult pe sexul pacienților, vîrstă, etnie și credință religioasă. Aceasta cuprinde gusturile personale, hobby-urile, experiențele, percepțiile, atitudinile și convingerile, care pot fi împărțite în patru categorii principale: fizice și profesionale, psiho-sociale, sociale, și somatice [21].

Factorii ce influențează asupra calității vieții

Creșterea supraviețuirii totale și scăderea indicilor de recidivare, pune întrebări cu privire la calitatea vieții pacienților, scăderea bruscă a căroră este urmată tratament radical. Obiectivul tratamentului complet, conform OMS este de a crește numărul de zile cu o calitate acceptabilă a vieții!

În ultimul deceniu, medicii au ajuns la concluzia că, în ciuda faptului că supraviețuirea totală și fără recidivă sunt factori predominanți pentru bolnavii cu cancer, factorul fundamental este în ultimă instanță calitatea vieții.

Vasiliev S.A. în 2002, în studiul de determinare a statusului mental la femei după mastectomie, a demonstrat următoarele concluzii:

1. Mastectomia conduce la tulburări mintale, în 96,1% dintre pacienți.
2. Severitatea acestor afecțiuni au tendința să crească în timp.
3. Reconstrucția mamară este o metodă eficientă de a elimina aceste tulburări mentale.

Evaluarea comparativă a stării psihice înainte și după reconstrucție întîrziată a arătat că după restabilirea glandei mamare starea mentală a fost îmbunătățită cu 80-90%.

Rezultatele medicale ale studiului SF-36 (Short-Form Health Survey) este o măsură de evaluare a capacității de reintegrare socială a pacientului. El este utilizat pe scară largă generică, creată pentru a evalua sănătatea legată de calitatea vieții (HRQOL) în populația generală. Acesta a fost dezvoltată ca o parte a rezultatelor medicale (un studiu al pacienților cu afecțiuni cronice) (Ware & Sherbourne, 1992). Astăzi, SF-36 este instrumentul generic cel mai frecvent utilizat pentru măsurarea calității vieții (de Haan, 2002).

În 1978 a fost elaborată de către OMS definiția de sănătate ca "o bunăstare completă fizică, mentală și socială, și nu doar

absența bolii și dizabilitate fizică". În acest sens, crește valoarea chirurgiei plastice și reconstructive în tumorile maligne ale sînilui.

Există mai multe variabile relevante în aplicarea măsurării calității vieții în domeniul asistenței medicale (Health Related Quality of Life (HRQOL)). HRQOL măsurată prin QALY (Quality Adjusted Life Years) se referă la bunăstarea fizică, funcțională, și emoțională a unei persoane, precum și împlinirea și satisfacția în aspectele vieții referitoare la sănătate. La cuantificarea efectelor tratamentelor medicale și chirurgicale

asupra vieții pacienților, specialiștii folosesc o varietate de instrumente de evaluare a calității vieții, de obicei sub formă de chestionare. Chestionarele de încredere și valide pentru pacient sunt indispensabile pentru chirurghi.

Mai multe studii au încercat să compare diferite tipuri de tehnici de RM - reconstrucție în ceea ce privește efectele lor asupra calității vieții. Într-un grup de 63 de pacienți care au suferit o reconstrucție de sîn, la 36 de clape pediculate și 27 cu TRAM, nici o diferență nu a fost raportată între cele două subgrupe cu privire la HRQOL.

Bibliografie

1. Kohno N. Gland. Evaluating the feasibility of extended partial mastectomy and immediate reduction mammoplasty reconstruction as an alternative to mastectomy. *Yamada Surg.* 2012 Nov; 1(3):164-6.
2. Atisha D, Alderman AK, Janiga T, Singal B, Wilkins EG. The efficacy of the surgical delay procedure in pedicle TRAM breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2009 Oct; 63(4):383-8.
3. Kronowitz SJ. Current status of implant-based breast reconstruction in patients receiving postmastectomy radiation therapy. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Oct; 130(4):513e-523e.
4. Geiger AM, Nekhlyudov L, Herrinton LJ, Rolnick SJ, Greene SM, West CN, Harris EL, Elmore JG, Altschuler A, Liu IL, Fletcher SW, Emmons KM. Quality of life after bilateral prophylactic mastectomy. *Ann Surg Oncol.* 2007 Feb;14(2):686-94. Epub 2006 Nov 11.
5. Isern AE, Tengrup I, Loman N, Olsson H, Ringberg A.J. Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2008 Oct; 61(10):1177-87. Epub 2007 Oct 15.
6. Chen CM, Cano SJ, Klassen AF, King T, McCarthy C, Cordeiro PG, Morrow M. Measuring quality of life in oncologic breast surgery: a systematic review of patient-reported outcome measures. *Pusic AL. Breast J.* 2010 Nov-Dec; 16(6):587-97.
7. Bellino S, Fenocchio M, Zizza M, Rocca G, Bogetti P, Bogetto F. Quality of life of patients who undergo breast reconstruction after mastectomy: effects of personality characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 2011 Jan;127(1):10-7. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181f956c0.
8. Heneghan HM, Prichard RS, Lyons R, Regan PJ, Kelly JL, Malone C, McLaughlin R, Sweeney KJ, Kerin MJ. Quality of life after immediate breast reconstruction and skin-sparing mastectomy - a comparison with patients undergoing breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol.* 2011 Nov;37(11):937-43. doi: 10.1016/j.ejso.2011.08.126. Epub 2011 Sep 6.
9. Reefy S, Patani N, Anderson A, Burgoyne G, Osman H, Mokbel K. Oncological outcome and patient satisfaction with skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: a prospective observational study. *BMC Cancer.* 2010 Apr 29; 10:171. Epub 2010 Apr 29.
10. Veronesi P, Ballardini B, De Lorenzi F, Magnoni F, Lissidini G, Caldarella P, Galimberti V. Immediate breast reconstruction after mastectomy. *Breast.* 2011 Oct; 20 Suppl 3:S104-7.
11. Moghimi M, Fathi M, Marashi A, Kamani F, Habibi G, Hirbod-Mobarakeh A, Ghaemi M, Hosseini-Sarajehlou M. A scientometric analysis of 20 years of research on breast reconstruction surgery: a guide for research design and journal selection. *Arch Plast Surg.* 2013 Mar; 40(2):109-15. Epub 2013 Mar 11.
12. Rozen WM, Ashton MW, Taylor GI. Defining the role for autologous breast reconstruction after mastectomy: social and oncologic implications. *Clin Breast Cancer.* 2008 Apr;8(2):134-42. doi: 10.3816/CBC.2008.n.013. Review. PubMed PMID: 18621609.
13. Ananthakrishnan P, Lucas A. Cleve Options and considerations in the timing of breast reconstruction after mastectomy. *Clin J Med.* 2008 Mar; 75 Suppl 1:S30-3.
14. Kronowitz SJ, Kuerer HM. Advances and surgical decision-making for breast reconstruction. *Cancer.* 2006 Sep 1; 107(5):893-907.
15. Chang DW, Ferguson RE. Primary versus secondary postmastectomy reconstruction. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 2008 Aug;40(4):225-9. doi: 10.1055/s-2008-1038770. Epub 2008 Aug 20.
16. Fallbjörk U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *Eur J Oncol Nurs.* 2013 Jun;17(3):340-5. doi: 10.1016/j.ejon.2012.09.002. Epub 2012 Oct 18.
17. Fallbjörk U, Karlsson S, Salander P, Rasmussen BH. Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Fallbjörk. Acta Oncol.* 2010; 49(2):174-9.
18. Manganiello A, Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs.* 2011 Apr; 15(2):167-72. Epub 2010 Sep 22.
19. Clark L, Holcombe C, Hill J, Krespi-Boothby MR, Fisher J, Seward J, Salmon P. Sexual abuse in childhood and postoperative depression in women with breast cancer who opt for immediate reconstruction after mastectomy. *Ann R Coll Surg Engl.* 2011 Mar;93(2):106-10. doi: 10.1308/003588411X12851639107593. Epub 2010 Nov 4.
20. Metcalfe KA, Semple J, Quan ML, Vadapampil ST, Holloway C, Brown M, Bower B, Sun P, Narod SA. Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol.* 2012 Jan;19(1):233-41. doi: 10.1245/s10434-011-1828-7. Epub 2011 Jun 15.
21. Atisha D, Alderman AK, Lowery JC, Kuhn LE, Davis J, Wilkins EG. Prospective analysis of long-term psychosocial outcomes in breast reconstruction: two-year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study. *Ann Surg.* 2008 Jun;247(6):1019-28. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181728a5c